1885
Lane Medical Library

s der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau:
Zwölf Fälle von Neubildungen der Vulva.

Inaugural-Dissertation,

welche nebst beigefügten Thesen mit Genehmigung der

medicinischen Facultät der Universität Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

Freitag, den 31. Juli Nachmittags 4 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich verteidigen wird

Paul Mertz.

Opponenten:

Dr. med. **R. Croce,** Volontärarzt am Hospital zu Allerheiligen.

Drd. med. **Karl Becker.**

Breslau,
Druck von Robert Nischkowsky.
1885.

einem hochverehrten Lehrer

Herrn Medicinalrat Professor

Dr. Heinrich Fritsch,

Director der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau,

in Hochachtung und Dankbarkeit

sowie

einen lieben guten Eltern

in kindlicher Liebe und Ehrfurcht

gewidmet

vom

Verfasser.

r Beginn meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht,
rn Medicinalrat Prof. Dr. H. Fritsch für die Anregung zu
selben, für die gütige Überlassung der klinischen Fälle, sowie
die freundliche Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit
inen herzlichsten Dank auszusprechen.

Die Geschwülste der Vulva gehören im allgemeinen zu den
lteneren Krankheiten. Wenn dieselben auch früher schon
ekannt und beobachtet worden sind, so konnten doch erst durch
e erhöhte Ausbildung der Gynaecologie, besonders durch die
ervollkommnung der gynaecologischen Operationstechnik in der
ueren Zeit die Diagnostik und Behandlung der Neubildungen
ne genauere Praecision erfahren. Seitdem hat sich natür-
h die Zahl der zur Beobachtung kommenden Fälle von mehr
er minder selteneren Tumoren der Vulva sehr gesteigert. So
rden allein in der hiesigen gynaecologischen Klinik in den
hren 1882—1885 12 diesbezügliche Fälle behandelt.

Diese 12 Fälle sind mir durch die Güte des Herrn Medizinal-
t Professor Dr. Fritsch zur Publikation übergeben worden.

Ehe ich jedoch dazu übergehe dieselben zu veröffentlichen,
ll ich vorher zur besseren Übersicht eine Zusammenstellung
d kurze Schilderung derjenigen Geschwülste geben, welche
s jetzt — nach der mir zugänglichen Litteratur — überhaupt
der Vulva beobachtet und beschrieben worden sind.

Ich beginne mit denjenigen Geschwulstformen, welche zu den
ufiger vorkommenden Vulvaerkrankungen zu rechnen sind.
nächst die *Elephantiasis vulvae.* Unter der *Elephantiasis vulvae*
rstehen wir eine auf die äusseren weiblichen Genitalien sich
streckende Krankheit, die in einer Hyperplasie des subcutanen
llgewebes und der äusseren Haut besteht und bei weiterer
twicklung zu einer Massenzunahme aller örtlich mit erkrankten
webe führt. Dass grade hier die elephantiastische Wucherung
h öfters vorfindet, darf uns nicht Wunder nehmen, weil in dem
sserst entwickelten Blut- und Lymphgefässsystem der äusseren

Genitalien es sehr leicht einerseits zu Gefässdilatationen, ander seits zu Retentionen der Gewebssäfte kommen kann. Gerade dem letzten Momente sehen viele Autoren, wie Klebs[1]), V chow[2]), den Haupteinfluss für die Entstehung von Hyperplasi der Gewebe der *Vulva*.

Was die besondere Form anlangt, die hier die *Elephantia* bildet, so unterscheidet Klebs in seinem oben citierten Ha buch der path. Anatomie drei besondere Formen, nämlich 1) e epidermoidale Form, bei der die Gebilde der Epidermis, name lich die Papillen sich beteiligen, 2) eine bindegewebige Fo die vornehmlich eine stärkere Entwickelung der zelligen Eleme des Bindegewebes und Anhäufung von Schleim in den Masch zeigt, und 3) eine lymphangiomatöse Form. Hier sind die ly phatischen Apparate erkrankt, indem die Gefässwände eine st hyperplastisch entwickelte Muscularis haben, ihre Anfänge in d Papillen ampullär erweitert sind und kleine Bläschen bilden.

Wir kommen jetzt auf den Sitz der in Rede stehenden Affect zu sprechen. Da müssen wir nun sagen, dass nach statistisch Angaben hierüber[3]) mit Vorliebe die Wucherung einerseits den grossen Labien andererseits an der Clitoris sich vorfind In unserem vorliegenden Falle war es die rechte grosse Scha lippe, die von der elephantiastischen Wucherung befallen wur

Als aetiologische Momente werden genannt: Lues Masturbati Onanie, überhaupt geschlechtliche Ausschweifungen jeglicher A

Von dieser auch in den gemässigten Zonen nicht zu den S tenheiten gehörenden Krankheit kam in der gynaec. Klinik gender Fall zur Beobachtung.

I. Auguste B., 26½ Jahr. 8. Sept. 1884 — 20. Sept. 18

Seit 2 Jahren verheiratet. Einmal entbunden, spontan, Wochenbett gesund, 14 Tage gelegen, kein Fieber. Mens zuerst mit 15 Jahren, stets regelmässig alle vier Wochen, schwa 2—3 Tage lang, ohne Schmerzen, die letzte vor 14 Tagen.

Jetzige Krankheit. Seit ihrer frühesten Jugend ha Patientin einen Tumor an der rechten grossen Schamlippe, in der letzten Schwangerschaft bedeutend zugenommen hat.

---

[1]) Klebs, Handbuch der path. Anatomie. Berlin 1876. I. Band.
[2]) R. Virchow, Geschwülste I. S. 320.
[3]) Fritz Fisch, Inaug. Dissert. Bonn 1885.

eschwülste verursachten zu manchen Zeiten Schmerzen, Pa-
ntin hat dabei das Gefühl von Stechen. Beim Arbeiten keine
örung.

Objekt. Befund. Mittelgrosse kräftige gesunde Person;
dem rechten Lab. majus eine Geschwulst von Faustgrösse,
nsistenz ziemlich weich. Die Haut ist dunkel gefärbt, zahl-
che dilatierte Venen sind zu sehen. An der Basis des Tumors
lt man einen Strang, der nach oben nach dem Leistenkanal
nzieht. Der Tumor ist breit basisch inseriert.

Uterushöhle 6 cm lang. Introitus vaginae ziemlich eng.
heide glatt, kurz, mässig weit. Portio kurz, etwas nach L. ge-
htet. Uterus etwas dextrovertiert. Klein, schmerzlos.

Diagnose: *Tumor lab. ma. dextr. (Elephantiasis).*

Therapie. Vorbereitet mit Sitzbädern und Abführmitteln.

Operation 10. Sept. 1884. Der breite Stiel des Tumors wird
gsum geschnitten, der Tumor schichtweise lospräpariert. Blutung
mlich stark, teils durch sofortige Unterbindung, teils durch Torsion
r Gefässe gestillt, die Wundfläche mit der Scheere geglättet
d die Wundränder in Längsrichtung genau vereinigt, die Wunde
t Jodoform gehörig belegt, zu gleicher Zeit die *Vagina* mit
doformgaze lose austamponiert. Auf die Wunde Gaze gelegt,
durch Sandkissen in ihrer Lage festgehalten wird.

Weiterer Verlauf.

Sept. Abends. Entfernung der Jodoformgaze von der Wunde.
Letztere nicht geschwollen. Katheterisation. Neue Gaze auf
die Wunde.

Sept. Abspülung der Wunde mit Sublimat. Neuer Verband.
Patientin klagt über Kopfschmerzen.

Sept. Verbandwechsel.

Sept. Neuer Verband. Wunde nicht geschwollen und nicht
gerötet.

Sept. Entfernung eines Teiles der Nähte, der grösste Teil
der Wunde ist primär geheilt, nur an einzelnen Stellen klaffen
die Wundränder.

Sept. Verbandwechsel. Verband mit Bindentouren befestigt.
Patientin verlässt das Bett.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung. 20. Sept.
rechten Labium eine 6 cm lange zerklüftete granulierende
undfläche. Sonst keine Beschwerden. Entfernung des nach

der Operation eingelegten Scheidentampons. Derselbe ist blu durchtränkt, nicht riechend. Das Blut entstammt der Period

Sitzbäder. Abwaschungen der Wunde. *Unguentum argent. nit*

Hieran dürfte man eine als *Molluscum simplex* beschriebe Geschwulstform anreihen, die ihren Ursprung in kleinen elephs tiastischen Heerden der Vulvarhaut hat. Hildebrandt[1]) schreibt dieselbe als kuglige, knollige, oft aber auch lapp Geschwulst mit dünner glatter Epidermis, die bei raschem Wac tum den Boden hinter sich ziehen kann und so zu einer gesti ten Geschwulst wird, welche in Form und Struktur dem aus d Uterus vorgetretenen fibrösen Polypen sehr nahe steht.

Ganz ähnlich der papillären Form der *Elephantiasis* und dieser zu verwechseln sind die *Condylomata acuminata*, auch un den Namen *Vegetations dermiques, Papillom* bekannt.

Wir können sie wohl deshalb ganz passend an die *Eleph tiasis* anschliessen. — Ihre Entstehung verdanken sie fast a nahmslos einer Wucherung der Hautpapillen; jedoch können au tiefer liegende Teile der Haut den Boden für ihre Bildung geben, da sie sich auch an Stellen vorfinden, „wo Hautpapil sich nicht immer nachweisen lassen" (Hildebrandt).

Sie bilden Geschwülste, die entweder diffus sich entwick und dann sehr klein (und kaum einzeln sichtbar) sind, oder gruppieren sich zu „blumenkohlähnlichen, warzig rissigen, h beerförmigen, höckrigen, oft monströsen Tumoren" und gera diese grossen Condylomformen sind es, von denen Förste sagt, dass, je grösser sie werden, desto mehr das subcut Zellgewebe in Form massiger fibröser Hypertrophie an der V änderung Teil nimmt, und so Geschwülste entstehen, welche Übergang zur Elephantiasis bilden und oft auch für solche gel ten worden sind. Zu solchen umfangreichen Tumoren wach diese Neubildungen allerdings bloss unter besonders günsti Verhältnissen, wie mit Vorliebe zum Beispiel in der Schw gerschaft.

Ihre Entstehung dürfte wohl stets auf specifische Infek mit Trippergift zu beziehen sein (Fritsch[3])).

---

[1]) H. Hildebrandt, Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genita Stuttgart 1877.

[2]) Dr. A. Foerster, Handbuch der speziel. path. Anatomie. Leipzig 1

[3]) H. Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. Braunschweig 1884.

Zu dieser Kategorie von Neubildungen könnte man noch hnen die sogenannten Carunkeln, Schleimhautpolypen, Excres-zen, die entweder in der Schleimhaut des unteren Endes der ethra oder an dem das *orificium urethrae* umgebenden Schleim-utringe vorgefunden werden (Foerster). Sie gehen hervor s partieller Hypertrophie der Urethralschleimhaut, bestehen s lockerem Bindegewebe, zahlreichen Gefässen, die in der ripherie papillenartig sprossen, Schlingen ausschicken und mit asterepithel überzogen sind. Sie sind meist klein und haben nach dem Ursprung in der Urethra einen verschieden langen el. Reichen nun diese Polypen mit ihren Stielen weit in die ethra hinein, so verlieren sie ihren anfangs ziemlich unschul-en Charakter durch ihre unangenehmen Symptome, die sie den Kranken hervorrufen.

Für die beiden Formen der unter diesem Abschnitt genannten ubildungen erlaube ich mir je einen Fall zu publizieren, die unserer Frauenklinik zur Beobachtung und Behandlung ge-nmen sind.

II. Martha L. 15 Jahr. Breslau, Holteistrasse. 6. März bis März 1883.

Diagnose. *Condylomata acuminata labii majoris utriusque, inaei et inferioris partis vaginae.*

Uebersicht. Jederseits Umschneidung der Condylommassen d präparatorische Beseitigung; isolierte Unterbindung der Ge-se; Vereinigung der Wundflächen durch die Naht; die einzel-n Condylomwärzchen an den Oberschenkeln und in den lvofemoralfalten mit der Cowper'schen Scheere abgetragen; berfreier Verlauf; primäre Heilung.

Frühere Krankheiten. Als Kind an den Masern gelitten; einem Jahr beide Füsse erfroren.

Bisherige Therapie. Vom 8. Februar bis 3. März im Kran-nhause des Dr. H. in Waldau bei Kohlfurt, Kr. Bunzlau, mit zbädern, Ätzungen mit arg. nitr., Tinctur. Jodi und Calomel Salzwasser, darauf mit Jodoform erfolglos behandelt.

Jetzige Krankheit. Am 9. September wurde Patientin m Zurechtmachen der Betten von einem Unteroffizier über-en, auf das Bett geworfen und genotzüchtigt. Bald darauf kam Patientin Schmerzen und Brennen beim Urinieren, die er nach vierzehn Tagen verschwunden waren. Der Urin war

angeblich immer klar. Drei Wochen nach dem Coitus bemerk die Kranke im *Introitus vag.* an dessen hinterer Hälfte mehr kleine hühnerwurzelähnliche Excrescenzen, die sich, da Patien keinen Arzt consultierte, sich nicht rein hielt und im Die angestrengt thätig sein musste, schnell vermehrten und die g zen äusseren Genitalien inbegriffen. Dickeitriger Ausfluss u infolgedessen Brennen im Schooss gesellten sich dazu und h dern die Kranke seit der letzten Zeit auch im Gehen. Eine Krankenhause zu Waldau angefangene Behandlung blieb erfo los. Stuhl- und Urinbeschwerden bestehen in der letzten Z nicht mehr.

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalie Brennen im Schoosse, dickeitriger Ausfluss, infolgedessen schwerden und Schmerzen beim Gehen.

Objektiver Befund. Äussere Untersuchung. Kleine, etw blasse, sonst gut genährte Blondine, Mammae in der E wickelung. Brustorgane gesund; an der hinteren Perinealwa ein 1 cm breiter, langer, scharfrändiger, etwas nekrotisch legter, meist schon granulierender Schleimhautdefect. Submax lardrüsen geschwellt und induriert; am Körper ein abgeblasst maculöser, etwas schmutziggelb verfärbter, an mehreren Stell confluierender Ausschlag, besonders an Brust, Bauch, Rücken u Oberextremitäten. Inguinaldrüsen beiderseits stark geschwoll induriert, schmerzhaft, Haut darüber nicht gerötet und verschiebli Die grossen Labien und die Labiofemoralfalten, sowie das Pe näum bis zum Anus reichlich mit spitzen Condylomen beset mit stellenweise oberflächlichem Zerfall und stinkendem Ausflu die obere Hälfte der Schleimhautfläche der grossen Labien f von Excrescenzen.

Diagnose. *Condylomata acuminata labii majoris utriusq perinaei et partis inferioris vaginae.*

Therapie. Nachdem Patientin durch Abführkur, Si bäder und 3% Carbolüberschläge genügend vorbereitet, w am 8. März 1883 die Operation vorgenommen; Chlorofor narkose, Steissrückenlage, Beinhalter. Jede der grossen Labi wird nach einander aussen und innen in der Weise u schnitten, dass die condylomatösen Partieen zwischen beid Schnitten zu liegen kommen; die beiden Schnitte einer jed Lippe treffen sich am Mons Veneris und am Perinaeum;

anken Abschnitte werden nun von diesen Schnitten aus abprä-riert, wobei eine grosse Menge kleiner Arterien spritzen. Die-lben werden mit Pincetten gefasst und dann einzeln ligiert. Die undflächen jeder Seite werden sorgfältig durch eine Menge ansversaler Nähte (Seide) vereinigt, so dass zwei etwas nach n Schenkeln hin concave, sagittale Wundlinien entstehen; die reinzelten Condylomata an den Innenflächen beider Oberschenkel d im untern Scheidenabschnitt werden mit Scheere oder schar-m Löffel entfernt und nachträglich mit dem Paquelin kaute-iert, hierauf alle Wunden mit Jodoform bepulvert und mit doformgaze bedeckt, nachdem vorher ein Verweilkatheter in e Urethra eingeführt ist, da voraussichtlich Schwellung und mit Harnretention eintreten und eine Katheterisation dann sehr schwert sein dürfte.

Weiterer Verlauf.

März 1883. Nicht gebrochen; kein Fieber; Gaze stark durchblutet, festgeklebt an den Wundflächen, beim Abziehen geringe Blutung aus den Wundflächen der Vulvofemoralfalten; keine Schwellung; keine Schmerzen; Scheide ausgespült; Füssigkeit blutig gefärbt; *rententio urinae;* während der Nacht Verweilkatheter eingelegt; am Tage mehrere Male katheterisirt.

März. Kein Fieber; grosse Labien ganz wenig geschwollen; *retentio urinae;* Katheterisation; Scheidenausspülung; Jodoform und Gaze vor die Genitalien; Urin klar und unblutig.

. März. Kein Fieber; Urin seit heut spontan gelassen; Stuhl spontan; keine Schwellung, keine Schmerzen; alles primär geheilt; geringe poröseitrige Secretion aus der Scheide; Ausspülung derselben; Jodoform und Gaze vor die Genitalien.

. März. Kein Fieber; sämmtliche Nähte entfernt; alles primär geheilt; Stuhl- und Urinentleerung normal; nirgends Schmerzen oder Schwellung, nur noch eitriger, geringer Vaginalfluss; Ausspülung; die an der inneren Fläche der Oberschenkel befindlichen Wunden gut granulierend.

. März. Patientin steht auf, wird in Nichts bei Bewegungen behindert, hat auch keine Schmerzen.

. März. Entlassung.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung . März 1883.

Jederseits eine lineare, nach dem Oberschenkel hin con-

vexe, am Mons Veneris beginnende und bis dicht vor dem An endende, auf Höhe der grossen Schamlippe verlaufende Narb nach aussen von derselben mehrere kleine im Niveau der Ha gelegene, gut granulierende Wundflächen; Hymen fehlt; Frenulu erhalten; Scheide lang; Introitus bequem für den Finger durc gängig. Portio und uterus virginell, normal gelagert; kein Sche denausfluss; Stuhl und Urinentleerung ohne Beschwerden u normal.

III. Henriette B., geb. B., 64 Jahr. Breslau. Wittwe se 8 Jahren. 8 Entbindungen, immer spontan. Letzte vor 16 Jahre Aborte: einer vor langen Jahren. 9. Jan. bis 11. Jan. 1884.

Übersicht: Erbsengrosse, sehr empfindliche und äusser lästige Symptome machende, von der Schleimhaut der Harnröh nach ihrer Mündung entspringende Carunkel. Abtragung mi telst Scheerenschnittes, geringe Blutung, Heilung. Menstrua tion: Zuerst mit 14 Jahren. Später regelmässig alle 4 Woche reichlich, schmerzlos, von 3—4 tägiger Dauer. Cessiert seit Jahren.

Diagnose: *Caruncula urethralis.*

Bisherige Therapie: Von Dr. Fränkel mit Sitzbäder

Jetzige Krankheit: Seit etwa 3 Jahren stechende Schme zen im Schooss, besonders bei körperlicher Anstrengung. Se einigen Monaten Schneiden beim Wasserlassen. Stuhlgang rege mässig. Die Schmerzen werden bei stärkerer Anstrengung (Hebe zuweilen so intensiv, dass es Patientin vorkam, als wenn unt die Gebärmutter austräte, als wenn sie niederkommen sollte e

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalie Heftige Schmerzen im Unterleib, Schneiden beim Wasserlasse Von Seiten des übrigen Körpers: Allgemeine Schwäch Husten, Brustschmerzen (anscheinend Phtise).

Objektiver Befund. Äussere Untersuchung: Kleine, schlec genährte, kachektische Person. Zunge belegt, Appetit mässi Beide Lungen zeigen Spitzendämpfung, zerstreute exspiratorisch Rasselgeräusche und hier und da Rhonchi. Herztöne rein. Ma mae atrophisch hängend. Abdominalorgane bieten nichts Abno mes. Enger senil involvierter Scheideneingang, klaffende Rim Aus der äusseren Urethralmündung ragt ein erbsengrosses, du kelrotes, glattes, gestielt aus der Harnröhre entspringendes, we ches Knötchen, dessen leiseste Berührung die heftigsten Schmerz

ervorruft. Innere und combinierte Untersuchung: Wegen grosser chmerzhaftigkeit und als überflüssig unterlassen.

Diagnose: *Caruncula urethralis.*

Therapie. Entfernung des kleinen Tumors (in Narkose, eil in der Klinik vorgestellt) mittelst einfachen Scheerenschnitt-es, geringe Blutung, durch *Liqu. ferri* leicht gestillt. Jodoform-aze vor die Vulva.

Weiterer Verlauf:

0. Januar. Gutes Befinden, Symptome unmittelbar nach Beseitigung der Geschwulst verschwunden, keine Schmerzen beim Urinieren.

1. Januar. Entlassung.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung. Alle rüher durch das Bestehen der Carunkel hervorgerufenen Erscheinungen vollständig geschwunden. Keine Schmerzen mehr beim Urinieren.

Eine weitere Geschwulstform, die mit der *Elephantiasis vulvae* ehr viel Ähnlichkeit hat und ebenfalls an der Vulva beobachtet orden, ist der *Lupus vulvae.*

Unter dem Namen *Esthyomène* von den Franzosen zuerst beschrieben, ist der Lupus seinen äusseren Erscheinungen nach ald zu carcinomatösen, bald zu luetischen oder zu elephantiasischen Geschwülsten gerechnet worden. Jedenfalls hat derselbe, ie schon oben erwähnt, mit der *Elephantiasis* viel Ähnlichkeit, nterscheidet sich aber durch die schnelleren und grösseren Zerstörungen von derselben. Diese lupösen Affectionen, nach heugen wissenschaftlichen Anschauungen identisch mit lokaler uberkulose der Haut, stellen hier Tumoren dar, welche teils us neugebildetem Bindegewebe, teils aus Granulationsknötchen nd necrotischen Herden sich zusammensetzen und meist mit notigen, braunen zum Teil auch mit papillösen nässenden und it Epithelschicht und Borken bedeckten Wucherungen bedeckt nd (Ziegler[1]). Natürlich finden wir im besonderen auch nter diesen Bildungen sehr variierende Formen vor, die sich aber n grossen Ganzen unter folgende drei Gruppen unterbringen lassen.

1) *Lupus hypertrophicus:* charakterisiert durch schnelle Wucherungen, Hyperplasie und Induration des Bodens der Geschwulst —

[1]) E. Ziegler, Lehrbuch der speciellen Pathologie. Jena 1884.

meist die grossen Labien betreffend — und Bildung grösserer umfangreicherer Knollen.

2) *L. perforans:* mehr Geschwürsform, die sich durch die Neigung in die Tiefe zu dringen auszeichnet.

3) *L. serpiginosus:* eine Erkrankung, die am mons Veneris beginnt und sich flächenhaft in bestimmter Richtung ausbreitet und Vernarbungen an den betreffenden Stellen zurücklässt.

Von den malignen Neubildungen ist an der Vulva besonders das *Carcinom* beobachtet worden.

Das *Carcinoma vulvae* ist seltener als das *Uteruscarcinom*, aber häufiger als die gleichnamige Affection an der Vagina. Nach älteren statistischen Angaben von Virchow, Louis Mayer, Marc d'Espine und Tanchon, kommt auf 35—40 Fälle von Uteruskrebs nur 1 Fall von *Carcinom* der äusseren Genitalien.

Das *Carcinom* bildet hier, durch die verschiedenen Krebsformen, wie *Cancroide Scirrhen, Medullarcarcinome,* repräsentiert, meist von der Clitoris oder von einer der grossen Labien ausgehend, circumscripte Knoten, die gern bald aufbrechen und ulcerieren, auch die Tendenz haben in die Tiefe zu dringen und sogar die Beckenknochen krebsig afficieren können.

Auch melanotische Krebsknoten will in einem Falle Klob[1] an den Schamlippen einer alten an ausgebreiteter melanotischer Carcinomatose verstorbenen Frau gesehen haben. Jedoch scheint dieses Vorkommen sehr selten zu sein.

Wir haben aus unserer Klinik über 6 Fälle von Vulvacarcinom zu berichten, von denen zwei auf je eine Hälfte der Vulva sich beschränkten. Der zweite Fall ist auch deshalb besonders interessant, weil es eine noch sehr jugendliche Person — Patientin war erst 16 Jahre — betraf. Bei den drei folgenden Fällen war der Sitz der Affection die Clitoris, von wo aus aber das einemal die Erkrankung auf die kleinen und grossen Labien überging. Im sechsten Falle endlich handelte es sich um ein *Carcinoma recidivum.* Wir lassen die betreffenden Krankengeschichten folgen:

IV. Frau Christiane Z. aus Freiburg i./Schl. 58 Jahr 21. September bis 15. Oktober.

Seit 1½ Jahre Witwe. Entbindungen 7. Bei der letzte

[1]) J. Klob, Path. Anat. der weiblichen Sexualorgane. Wien 1864.

Entbindung vor 17 Jahren Querlage und Wendung, die übrigen Geburten normal. Im Wochenbett gesund. Ein Abort vor 10 Jahren. Sonst stets gesund. Menstruation regelmässig alle vier Wochen. Seit 9 Jahren Menopause.

Jetzige Krankheit. Schmerzen in der Gegend der Clitoris und Beschwerden beim Urinieren. Die grossen Schmerzen hindern die Patientin im Gehen und treten bei Bewegungen mehr auf, während sie bei ruhiger Lage bedeutend vermindert sind. Die Beschwerden beim Urinieren charakteristisch vor allem dadurch, dass Patientin noch unter Unterstützung der Bauchpresse Urin lassen kann und doch auch hinterher die Schmerzen beim Urinieren in der Gegend der Clitoris stärker werden.

Vor 9 Monaten bemerkte Patientin zum ersten Male in der Gegend der Clitoris einen haselnussgrossen Tumor, der sich ziemlich hart anfühlte und schmerzlos war. Allmählich vergrösserte sich der Tumor und wurde infolge des fortwährenden Reibens der Röcke sehr schmerzhaft und hinderte die Patientin beim Gehen. In den letzten Wochen traten noch Beschwerden beim Urinieren auf.

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalien: Schmerzen in der Gegend der Clitoris und Beschwerden beim Urin lassen. Von Seiten des übrigen Körpers: Patientin fühlt sich im übrigen völlig wohl und bei gutem Appetit und geregelter Verdauung.

Objektiver Befund. Alte schwächliche Person. An Herz und Lunge ist nichts Abnormes zu finden. Die Leistendrüsen sind beiderseits bohnen- und erbsengross infiltriert und nicht schmerzhaft. In der Gegend der Clitoris befindet sich ein Tumor von der Grösse einer Wallnuss, der circumscript ist und sich leicht verschieben lässt. Die Oberfläche dieses Tumors ist leicht zerklüftet und an einzelnen Stellen mit einem Eiterbelag bedeckt. Vagina und Uterus senil involviert. Nichts Pathologisches zu finden.

Diagnose: *Carcinoma clitoridis* und Induration der Leistendrüsen.

Therapie: Operation 26. September 1883. Die Operation, welche mehrere Tage vorher durch Bäder und entsprechende Diät vorbereitet war, wurde unter Chloroformnarcose ausgeführt, der Tumor der Clitoris wird durch zwei rechts und links von

demselben bogenförmig geführten Schnitte, die sich nach oben am oberen Rande der Symphyse und nach unten dicht an der Harnröhrenmündung vereinigen, exstirpiert. Die Schnitte sind so angelegt, dass sowohl seitlich vom Tumor als auch in der Tiefe gesundes Gewebe durchtrennt wird. Die spritzenden Arterien werden unterbunden und die ziemlich tiefe Wunde durch eine Naht unter fortwährender Berieselung mit 2% Carbollösung gut vereinigt. Die indurierten Leistendrüsen werden ebenfalls exstirpiert. Ein Schnitt, der ungefähr 1 cm lang ist und rechts und links in dem Poup. Bande geführt wird, trennt die Haut. Die niedersten Drüsen werden hierauf teils stumpf, teils mit dem Messer und der Scheere entfernt. Hierbei war aber nötig auf der linken Seite sehr tief zu gehen. Eine stärkere Blutung trat nicht ein. Die durch die Exstirpation der indurierten Drüsen notwendig gewordene Unterminierung der Haut wurde sorgfältig ausgestopft, mit Jodoform bestreut und die Wunde durch je sechs Suturen vereinigt. Die Anlegung eines Jodoformverbandes, welcher die Leistenwunde fest comprimierte, beendete die Operation. Die durch Exstirpation des Tumors der Clitoris entstandene Wunde wird, da hier die Anlegung eines festen Verbandes unmöglich ist, durch Jodoformgaze sorgfältig bedeckt.

Weiterer Verlauf:

27. Sept. Abends geringe Temperaturerhöhung. Allgemeinbefinden gut. Appetit gut. Nachts hat die Patientin gut geschlafen. Die Wunde der Clitoris ist geschwollen, doch schmerzlos. Dieselbe wird täglich zweimal mit 3% Carbollösung abgetupft und mit frischer Jodoformgaze bedeckt. Die Patientin klagt über sehr erschwertes Urinieren, doch ist es ihr noch möglich, spontan Urin zu lassen.

28. Sept. Abends geringe Temperaturerhöhung. Geschwulst der Clitoriswunde ist nicht kleiner geworden. Die Behandlung ist dieselbe. Die Patientin vermag nicht spontan zu urinieren und wurde infolgedessen zweimal täglich katheterisiert.

29. Sept. Clitoris ist geschwollen und schmerzhaft. Die Nähte werden entfernt, worauf sich eine ziemlich grosse Menge blutig gefärbter Eiter entleert. Die ganze Wundfläche ist mit einem dicken zähen Eiterbelag bedeckt. Die Wunde wird täglich zweimal mit 2% Carbollösung ausgespült und mit in Campherwein getränkter Watte bedeckt. Abends geringes Fieber. Allgemeinbefinden gut.

30. Sept. Fieberfrei. Das Befinden der Patientin ist ein gutes, sie kann heute zum ersten Male Urin lassen. Die Behandlung der Wunde ist dieselbe.

1. Okt. Fieberfrei. Die Clitoris wird täglich zweimal mit Chlorzinklösung betupft und mit in Campherwein getauchter Watte bedeckt. Der eitrigschmutzige Belag ist noch nicht verschwunden, doch zeigen sich an einzelnen Stellen junge Granulationen. Allgemeinbefinden gut.

3. Okt. Entfernung des Verbandes der Inguinalwunden. Die Wunde ist vollständig geheilt und werden die Nähte entfernt. Die Behandlung der Clitoriswunde bleibt dieselbe.

5. Okt. Stat. idem.

7. Okt. Langsame Granulation, Einlegen von Schwarzsalbe auf einem Tampon. Tägliche Irrigation der Wunde.

10. Okt. Gute Granulation. Borsalbe.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung. Senile Atrophie der Sexualorgane. Wunde sieht frisch aus und ist mit Granulationen bedeckt. Als geheilt entlassen mit Borsalbe zum täglichen Einlegen.

V. Laura G., bei den Eltern, 16 Jahre, ledig, aus Halbendorf bei Glatz. 2. Mai bis 29. Juni 1882.

Diagnosae: *Vulvae carcinoma.*

Übersicht: Abschnürung der carcinomatösen Partien; Behandlung der erhaltenen Wundfläche mit Jodoform; fieberhafter Verlauf, während dessen ein phlegmonöses Erysipel bei den Inguinalgegenden sich etabliert und beiderseits ebendaselbst Bubonen auftreten; Incision, Drainage, Heilung derselben; allgemeine Anämie; gebessert den 29. Juni entlassen.

Menstruation. Erste Menstruation mit 14½ Jahren schmerzlos, schwach, darauf regelmässig. Seit einem Jahre jedoch treten die Blutungen in Pausen von 3 Monaten und stärker als früher auf.

Frühere Krankheiten: Als Kind Schafblattern.

Bisherige Therapie: Behandelt von zwei Ärzten (Dr. F. und K.) mit einem gelben Pulver und mit einer nach der Injektion sich grün färbenden Flüssigkeit.

Jetzige Krankheit: Seit 3 Jahren wird Patientin von einem fortwährenden, Tag für Tag, mit nur geringen Pausen, wiederkehrenden Kitzel an den äusseren Geschlechtsteilen und in der

Vagina belästigt, welcher Kitzel auch bis in die Nacht andauer und die Kranke am Schlafe hindert. Um diesen zu erlange und sich Linderung zu verschaffen, krimmert und kratzt si sich an den betreffenden Teilen und sucht das unangenehm Gefühl durch kräftige Adduktion beider Schenkel zum Verschwin den zu bringen. Ungefähr zwei Monate vor Weihnachten 188! tra eine allmählich zunehmende Anschwellung der grossen Labie ein, welche immer mehr fortschritt, während der Kitzel weite bestand. Schmerzen während des Wasserlassens bestanden sei Beginn der Krankheit. Der Urin war stets frei von Blut un von normaler Beschaffenheit. Defaecation ungestört. Seit Weih nachten stellte sich unangenehmer Geruch von Seiten der erkrank ten Partieen ein, sodass es Niemand um die Patientin aushielt

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalien: Fort währender Kitzel, übler Geruch und eitriger Ausfluss aus de Genitalien, Schmerzen während des Wasserlassens.

Objektiver Befund. Äussere Untersuchung. Kleine blass Person, von mittlerem Ernährungszustande. Brust- und Bauch organe gesund. Das rechte Labium majus ist in einen circa 8 cm langen, 3 cm. breiten und auf der höchsten Höhe circa 4 cm hohen, harten, von normaler Haut überzogenen und au Druck schmerzlosen Tumor verwandelt, welcher durch das rechte ebenfalls indurierte und vergrösserte frenulum labii posterius mit der in der gleichen Weise entarteten hinteren Hälfte de linken grossen Schamlippe in Verbindung steht. Die Rima er scheint über der entarteten hinteren Commissur in Folge de harten Anschwellung der umgebenden Teile klaffend. Beim Aus einanderklappen der beiden Partieen zeigt sich die Schleimhaut fläche derselben in eine blassrötliche, höckrige, mit kleinen, stärke als ihre Umgebung geröteten Höckern besetzte und von der nor malen Haut durch eine weisse Linie scharf abgegrenzte Fläche verwandelt, welche einen wässerigen, übelriechenden, mit kleine grünschwarzen Fetzen durchsetzten Eiter in reichlicher Menge secerniert. Die Umgebung der grossen Labien, als die oberen Abschnitte der inneren Flächen beide Oberschenkel, der Mons Veneris und die Inguinalfalten beiderseits ebenfalls indurierte und auf Druck schmerzlos. Eine links oberhalb der Mitte des lig Poupartii gelegene oberflächliche Inguinaldrüse bis Wallnussgrösse angeschwollen, hart, schmerzlos, verschieblich, von normaler Haut

edeckt. Clitoris, sowie beide Nymphen fehlen vollkommen und man gelangt mit der Sonde beinahe 4 cm hoch oberhalb des oberen Symphysenrandes unter den Schamberg, ohne auf rauhe entblösste Knochen zu stossen. Hymen intact. Die Urethralmündach hinten dislociert.

Diagnose: *Labiorum majorum et minorum et clitoridis Carcinoma.*

Mikroskopischer Befund. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Partieen ergiebt ein deutliches alveoläres Carcinom, das von den Schleimhautflächen der grossen Labien ausgegangen.

Therapie: 8. Mai 1882. Steissrückenlage. Fritsch'sche Beinhalter. Nach Desinfection des Operationsfeldes wird die ganze rechte Schamlippe durch mehrere dicht neben einander liegende starke Ligaturen abgebunden. Dasselbe geschieht mit der hinteren Hälfte der linken und der entarteten hinteren Scheidencommissur. Die ligierten Partieen werden mit einer starken Scheere exstirpiert und die Schnittfläche, welche dicht oberhalb der Ligaturen angelegt, wird mit dem Paquelin geätzt. Die unter dem Mons Veneris befindliche Höhle, sowie das entartete Vestibulum vaginae werden mit dem scharfen Löffel gereinigt. Zwei kleine spritzende Arterien werden umstochen. Der Blutverlust gering. Von einer Exstirpation der oben besagten linksseitigen superficiellen Inguinaldrüse wird abgesehen.

Weiterer Verlauf:

9. Mai. Fieberbewegung zwischen 38,7 und 39,8, dementsprechende Pulsfrequenz. Die Umgebung beider Inguinalfalten ist bis zur Crista ilei hin, sowie die oberen Partieen der inneren Oberschenkelflächen intensiv gerötet, auf Druck schmerzhaft, die Haut, besonders in beiden Leistenbeugen, gespannt und glänzend: Befunde, die bereits vier Tage vor der Operation zu constatieren waren und teilweise auf zu starke Carbollösungen, mit welchen kühlende Umschläge gemacht wurden, zurückzuführen sind, Secretion von mittlerer Stärke, übelriechend. Tägliche zweimalige Ausspülung. Überschläge von Carbolläppchen. Urin- und Stuhlentleerung ohne Schmerzen; Eisbeutel.

11. Mai. Status idem. Die linksseitige oberflächliche Inguinaldrüse erweicht, fluctuierend, ihre Umgebung etwas geschwellt,

sehr schmerzhaft. Eine Zunahme der Schwellung auch rechterseits wahrnehmbar. Therapie dieselbe.

12. Mai. Jederseits eine ca. 3 cm lange, parallel mit dem lig. Poupartii verlaufende, der höchsten Höhe der Intumescenz entsprechende Incision entleert eine Menge guten, nicht riechenden Eiters. Ausspülung und Drainage der Höhlen.

15. Mai. Da rechterseits die eine angelegte Incisionsöffnung nicht genügend, sich vielmehr eine ganz subcutan gelegene, nach aussen an die spina ant. sup., nach innen beinahe bis an den Mons Veneris, nach unten bis dicht an das lig. Poupartii reichende Höhle gebildet hat, werden an den abhängigsten Partieen mehrere Gegenöffnungen gemacht und Drainage eingeleitet. Zur Reinigung der Wunden ein warmes Vollbad mit Kali hypermangan. Nachlass der Rötung und Spannung der Haut; bedeutend geringere Schmerzhaftigkeit der geröteten Partieen, profuse Secretion guten Eiters, spontane Abstossung der ligierten Partieen. Gutes Aussehen der dadurch bedingten Wundflächen. — Decubitus in der Gegend der Steissbeinspitze.

17. Mai. Neue Incisionsöffnung oberhalb der linken spina ant. sup.; sonst status idem. Von heute an täglich ein warmes Vollbad.

20. Mai. Einpulvern der Incisionsöffnungen mit Jodoform. Von heute ab täglich zwei Vollbäder. Beim Urinieren Brennen in den Genitalien.

23. Mai. Bepinseln der Wundhöhle mit Jodoformcollodium.

29. Mai. Anlegen von 2 Incisionen unterhalb der rechten Leistenbuge. Entleerung einer Menge guten Eiters. Patientin verlässt Nachmittags auf einige Stunden das Bett.

31. Mai. Täglich Morgens ein Vollbad mit Kali hypermangan. zur Reinigung der Wunden. Trennung einer rechtsseitigen, zwischen zwei Incisionsöffnungen sich stark spannenden Hautbrücke. Mehrere Incisionen rechts und links, sowie die dieselben verbindenden Canäle verklebt. Jodoform in die Höhlen. Jodoformurin. Die Wundfläche der Labien vernarbt langsam. Rechts zeigt sich in der normalen Haut ein Knötchen; auch sind mehrere Andeutungen derselben in den Wundflächen vorhanden. Bepinseln mit Jodoformcollod. Compressionsverband.

1. Juni. Kein Verbandwechsel. Patientin verbringt den Tag ausser Bett.

Juni. Verbandwechsel. Befund wie am 31. Mai. Compressionsverband. Geringes Brennen beim Urinieren.

Juni. Verbandwechsel. Bad. Vier Incisionsöffnungen geschlossen, 2 gut granulierend. Jodoform. Unterhalb der linken Leistenbeuge in der Gefässgegend eine circumscripte, gerötete, fluctuierende schmerzhafte Partie.

Juni. Vulvarwunde sich langsam von der Peripherie her überhäutend. Rechts ein kleiner Lupusknoten in der Wundfläche. Jodoformcollodium.

Juni. Auskratzen des neugebildeten Knötchens in der Wundfläche.

Juni. Nach einem Vollbade am Morgen Compressionsverband auf die beiden noch nicht geschlossenen Incisionsöffnungen. Vulvarwunde von gut granulierendem Aussehen, langsam von der Peripherie her vernarbend. Die unter dem Mons Veneris befindliche Vertiefung hat sich trotz Jodoform nicht verkleinert.

Juni. Verbandwechsel. Vollbad. Beiderseits die Höhlen beinahe vollkommen zugranuliert. Die Vulvarwundflächen vernarben ebenfalls langsam von der Peripherie her, jedoch ist rechterseits her wiederum eine Andeutung eines frischen Knötchens zu erkennen.

Juni. Patientin ging heute zum ersten Male im Hofe spazieren.

Juni. Seit vorgestern Schmerzen beim Laufen im rechten Knie, in der Leistenbeuge und an der Aussenseite des Oberschenkels. Das Bein wird beim Laufen möglichst geschont und adduciert, nach innen rotiert, gehalten. Oberschenkel und Knie etwas angeschwollen. Coxitis. Schmerzpunkte nicht sicher angegeben. Patientin ist im allgemeinen sehr kachectisch und anämisch. Hat zwar beim Atmen keine Schmerzen, wird jedoch häufig von Husten geplagt und wirft aus. Da die Wunden auf Druck durch den Verband nicht schmerzen, wird letzterer nicht gewechselt. Stuhl und Urin in Ordnung. Roborierende Diät. — *Liniment. saponato — camphor.*

Beschwerden und Befund bei der Entlassung 29. Juni 92. Patientin fühlt sich schwach und klagt über Schmerzen im rechten Knie, welches weder angeschwollen noch gerötet ist. Das Laufen fällt ihr schwer, sie wird daher auf einem Stuhl in den Garten getragen. Herz und Lungen gesund. Patientin sehr anämisch und schwach. Von den äusseren Genitalien ist nur die untere Hälfte der linken grossen Labie erhalten. Clitoris und

Nymphen fehlen ganz und an ihrer Stelle befindet sich eine g granulierende, von der Peripherie her überhäutende Wundfläch welche sich auch unter den Mons Veneris erstreckt und daselb eine Höhle bildet. Die Urethralmündung ist analwärts versch ben und ohne weiteres nicht sichtbar. Beschwerden beim U nieren bestehen nicht; Hymen erhalten. Die inneren Genitali normal, wie die Exploration per rectum ergiebt.

VI. Caroline R., geb. W. aus Rawitsch. 78 Jahr. 2. Dezer ber bis 16. Dezember 1884. 19½ Jahr verheiratet gewese Witwe seit 40 Jahren. 8 Entbindungen, immer spontan, zulet vor 46 Jahren. Im Wochenbett stets gesund. Aborte: Zweima zuletzt vor 50 Jahren. Menstruation: Seit 37 Jahren Menopaus

Frühere Krankheiten: Stets gesund gewesen.

Bisherige Therapie: In letzter Zeit von Dr. G. in R witsch behandelt.

Jetzige Krankheit: Seit vier Monaten bemerkt Patient nach sehr angestrengter Arbeit und starkem Schwitzen, dass e Geschwür in dem Schosse entstand, welches immer mehr z nahm, sodass Patientin im Gehen behindert war. Dabei kei Schmerzen, keine Eiterung. Nur leichtes Brennen und Steche im Schoss. Beim Wasserlassen Brennen; dasselbe normal. Stuh gang regelmässig. Appetit gut, ebenso Schlaf. In letzter Ze sind auch die Beine öfter angeschwollen infolge von starke Venectasieen.

Objektiver Befund. Äussere Untersuchung: Mittelgross kräftige, sehr fette, sonst gesunde Person. Abdomen hängen schmerzfrei. Die linke Vulva von einem unregelmässigen, fläche haften Geschwür eingenommen, das nicht blutet. Die Oberfläch ist mit einem weissen Belag belegt. Das Geschwür geht noc etwas auf die Vagina über und nach unten reicht es ein wen bis auf die untere Partie der rechten Vulva. Drüsen nicht infiltrie

Innere und combinierte Untersuchung: Senile Involu tion der Genitalien; kein Ausfluss, keine Blutungen.

Diagnose: *Carcinoma vulvae sinistrae.*

Therapie: Vorbereitet mit Sitzbädern und Sublimatcompre sen. Operation 4. Dezemb. 1884 (Excision). Die ganze Geschwü fläche wird mit den Fingern in die Höhe gehoben und durch d Basis einige lange Nadeln hindurchgeführt; hierauf Abtragu des circumcidierten Stückes. Einzelne Arterien gefasst und sofo

nterbunden. Blutung durch feste Vereinigung der Wundränder estillt. Jodoformgaze in die Vagina gelegt. Die Wunde wird om zweiten Tage an mit Sublimatcompressen behandelt.

Weiterer Verlauf ohne Störung; ein kleines Stück im nteren Wundwinkel hat sich nekrotisch abgestossen; sonst ist lie Wunde unter Sublimatcompressen geheilt.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung 16. Dezember 1884. An der linken Vulva sieht man die grösstenteils geheilte Wunde; nur in der unteren Ecke ist eine granulierende, secernierende Stelle. Entlassen: Sitzbäder, Vaginalirrigationen.

VII. Johanna C. 66 Jahre. 5. Juli — 24. Juli 1884.

Diagnose: *Carcinom. vulv. dext.*

Übersicht: Links an der rechten Vulva breites im Centrum n die Tiefe eindringendes Geschwür mit etwas eitrigem Belag. Exstirpation. Heilung. p. pr. int. Verheirathet 8½ Jahr, Witwe eit 14 Jahren. Eine Entbindung von ½tägiger Dauer, spontan, odt. Vor 22 Jahren. Im Wochenbett gesund. Zweimal Aborte, im 5. Monate vor 18 Jahren. Menstruation zuerst mit 18 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, mässig stark, 2—3 Tage lang, ohne Schmerzen, seit 14 Jahren Menopause.

Jetzige Krankheit. Seit ungefähr 5 Monaten bemerkte Patientin, dass sich im Schosse eine Geschwulst bildete, die ausserordentlich schmerzte. Sie hatte das Gefühl eines stechenden Schmerzes. Sehr geringe Secretion, Appetit gut, Stuhl regelmässig. Beim Wasserlassen empfindet Patientin ein Beissen in dem Schosse. Jetzige Beschwerden. Brennen beim Wasserlassen.

Objektiver Befund. Sehr kleine 131 cm lange Person, gut genährt, Musculatur senil atrophisch, Thorax fassförmig vorgewölbt, Sternum sehr breit und fest, Rippenknorpel grösstenteils knöchern, Foss. supracla. eingesunken, beiderseitiges Lungenemphysem, Herzdämpfung grösstenteils von der Lunge überlagert, Herztöne schwach, aber rein.

Beckenmasse: Dist. cl. cris. 24, spinar. 21½ cm, Baudeloq. 25.

Innere und combinierte Untersuchung. Die rechte grosse Schamlippe stark vergrössert, gerötet infiltriert, auf Druck äusserst schmerzhaft. Auf derselben mehr nach dem Introitus zu ein Geschwür von der Grösse einer Wallnuss. Dieses Geschwür zeigt eine tiefrote Fläche, die leicht blutet und mit

etwas Eiter bedeckt ist. Durch das Geschwür zieht von oben nach unten eine Rinne in unregelmässigen Linien. Im Centrum des Geschwüres sieht man eine trichterförmige Vertiefung, die mit eitrigem Secret angefüllt ist. Die Ränder des Geschwüres sind blassrot scharf abgeschnitten von ovaler Gestalt. Das linke Labium zeigt keine Abnormität. Vagina kurz glatt. Portio klein. Corpus senil involviert, nach vorn gelagert. An der Clitoris eine lineare Narbe, welche von einer Exstirpation derselben herrühren muss, wovon Patientin aber nichts anzugeben weiss.

Diagnose: *Carcinoma vulvae dextrae.*

Therapie. Nachdem Patientin einige Tage mit Vollbädern und Abführmitteln behandelt worden war, wurde die Geschwulst mit dem Messer entfernt und die Ränder der Wunde in der Längsrichtung vereinigt. Trockene Jodoformbehandlung.

Weiterer Verlauf.

14. Juli. Kein Erbrechen nach der Operation, Urin spontan.
16. Juli. Patientin fühlt sich sehr wohl. Stuhl regelmässig. Tägliche Bepuderung der Wunde mit Jodoform.
18. Juli. Fieber 39,0. Schmerzen im Unterleib. Scheidenirrigation.
20. Juli. Aufgestanden. Tägliche Sitzbäder.
24. Juli. Entlassen.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung. Patientin klagt nicht mehr über Schmerzen. Die Wunde ist bereits bis auf eine kleine Stelle (um einen Stichkanal herum) p. pr. int. geheilt. Der Befund an den Genitalien ist derselbe wie zur Zeit der Aufnahme.

VIII. Caroline P., geb. K. 62 Jahr. Aus Raden, Kr. Leobschütz. 9. Juli bis 12. August 1884. Verheiratet gewesen seit 25 Jahren. Verwitwet seit 6 Jahren. 3 Entbindungen, spontan, zuletzt vor 20 Jahren. Wochenbetten gut.

Diagnose: *Carcinoma vulvae recidivum.*

Bisherige Therapie: Im März 1884 in der chirurg. Klinik von Dr. Reichel operiert. Exstirpation des Carcinoms an dem Mons Veneris und an der Vagina, diese nicht mit exstirpiert.

Menstruation: Zum ersten Male mit 20 Jahren, darauf regelmässig alle 4 Wochen, mittelstark, von 6—8tägiger Dauer; ohne Schmerzen, Menopause seit 12 Jahren.

Jetzige Krankheit: Im Herbst 1883 begann das Leiden mit Reissen und brennenden Schmerzen im Schoss, denen sich bald eitriger, übelriechender Ausfluss zugesellte. Die Gegend des Mons Veneris und die rechte grosse Labie begannen zu schwellen, wurden hart und auf Druck empfindlich. Im März 1884 Operation. 10 Tage gelegen. Drei Monate darauf, während welcher Patientin vollkommen frei von jeglicher Beschwerde war, begann sich an der rechten grossen Labie ein Geschwür zu bilden, welches übelriechendes fetzenreiches Sekret lieferte und der Kranken Schmerzen verursachte. Gleichzeitig bildete sich auch eine Geschwulst am Mons Veneris an der Stelle der älteren Narbe, ebenfalls empfindlich. Appetit und Schlaf gut. Keine Schmerzen beim Urin- und Stuhllassen; keine Obstipation.

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalien: Schwellung und Schmerzhaftigkeit am Mons Veneris, Geschwür an der rechten grossen Labie; übelriechender, eitriger, mit Fetzen untermischter Ausfluss. Von Seiten des übrigen Körpers: Indurationen und Vergrösserung beider Leistendrüsen.

Objektiver Befund: Äussere Untersuchung. Mittelgrosse, magere, aber sonst gesunde Person, mit schmutzig gelb verfärbter Hautdecke, kein oder nur spärlicher Panniculus Mammae penil atrophiert. Brustorgane gesund. Leib flach, ohne Schmerzen eindrückbar. In beiden Inguinalgegenden vergrösserte und fast weiche, auf Druck empfindliche Drüsen zu fühlen. Der Mons Veneris stark vergrössert, hart infiltriert und auf Druck schmerzhaft, in der Mittellinie zieht über denselben hinweg bis zur Gegend der Urethralmündung eine lineare Narbe. Die Infiltration des Mons Veneris zieht sich auf beide labia maj. besonders auf die rechte hinab, welches in seiner hinteren resp. unteren Hälfte ein circa Fünfmarkstück grosses, unregelmässiges, zerklüftetes, gelbgrau belegtes Carcinomgeschwür mit hinten gewulsteten Rändern zeigt. Beide labia maj., wie gesagt, infiltriert und vergrössert; an ihrer Stelle das untere Ende oben erwähnter linearer Narbe. Die Urethralmündung etwas links von der Mittellinie verschoben, sonst normal; gelblicher mit Fetzchen untermischter Ausfluss.

Innere und combinierte Untersuchung: Frenulum und Damm erhalten. Introitus weit, Scheide mittellang, glatt und weit, Portio kurz, dislaceriert, an vielen Stellen seicht einge-

rissen und hart. Corpus normal gelagert, antevertiert und schmerzlos. Parametrium frei; abgesehen von der Sekretion von Seiten des carcinomatösen ulcus keine Sekretion aus dem Genitaltract. Per rectum nichts zu fühlen

Diagnose: *Carcinoma vulvae recidivum.*

Therapie: Patientin wird durch Vollbäder, Sitzbäder und Scheidenirrigationen, sowie Abführkur vorbereitet und am 14. Juli 1884 operiert. Narkose, Steissrückenlage, Beinhalter. Zuerst wird das carcinomatöse Geschwür der hinteren Hälfte der rechten grossen Labie durch einen Ovalärschnitt, 2 cm entfernt vom Erkrankten umschnitten und im Gesunden exstirpiert; mehrere spritzende Arterien werden unterbunden, sonst Blutung gering. Vereinigung der Wundhöhle durch eine Menge transversaler Jodoformseidenknopfnähte zu einer sagittalen Linie; keine Drainage. Darauf Längsincision über den Mons Veneris in der alten Narbe. Dabei wird ein gut wallnussgrosser in der Tiefe gelegener Abscess mit carcinomatösen Wandungen und stinkenden Eiter enthaltend eröffnet. Ebenfalls Umschneidung der erkrankten Partie des Mons Veneris durch einen sagittalen Ovalärschnitt im Gesunden geführt. Vereinigung durch transversale Knopfnähte zu einer sagittalen Wundlinie, welche nach unten bis an die äussere Urethralmündung reicht. Die afficierten Inguinaldrüsen werden noch nicht in Angriff genommen.

Weiterer Verlauf.

14. Juli 1884. Nicht gebrochen, kein Fieber, keine Nachblutung. Wunde nicht geschwollen, nicht gerötet, in der Nachbarschaft und auf Druck nicht empfindlich; mehrere Male katheterisiert.
15. Juli. Kein Fieber, von heute ab spontan uriniert, sonst status idem.
19. Juli. Der Tampon heute aus der Vagina bei den Bewegungen im Bett herausgefallen; mit Wundsecret imbibiert, sonst aber geruchlos.
21. Juli. Sämtliche Nähte am Mons Veneris und aus der Vagina entfernt; alles primär geheilt, nur in der Vagina ist die hintere Hälfte der Wunde auseinander gewichen und heilt per secundam. Jodoform; nochmalige Tamponade.
22. Juli. Aufgestanden.
25. Juli. Zweite Operation. Rückenlage, Narkose, Exstirpation beider Leistendrüsenpakete, hauptsächlich stumpf; zum

Teil werden die Wunden, nachdem einige spritzende kleine Arterien unterbunden sind, durch die Naht vereinigt, der offen bleibende Teil wird mit einem Jodoformgazepfropf drainiert; fester Compressionsverband.

26. Juli. Keine Nachblutung, kein Fieber, Schmerzen in der Wundgegend.

28. Juli. Erster Verbandwechsel. Die Jodoformgaze stark durchblutet aber geruchlos, entfernt. Die Wundränder an beiden Leistenbeugen nicht entzündet; die Höhlen wenig secernirend, neue Ausstopfung derselben mit Jodoformgaze, fester Compressionsverband; die per secundam heilende Stelle im Verlaufe der Narbe am Mons Veneris wird täglich mit Campherwein und Watte ausgestopft und granuliert infolgedessen sehr gut.

2. August. Zweiter Verbandwechsel. Gute Granulation der Wunden in den Inguinalgegenden. Nähte entfernt. Vin. camphor.

6. August Dritter Verbandwechsel. Wunde am Mons Veneris geschlossen, ebenso die linke Inguinalwunde. Vin. camphor.

12. August. Entlassung.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung: 12. August 1884. Linke Inguinalwunde ganz geschlossen, ebenso diejenige am Mons Veneris; die letztere etwas geschwollen, weich, kein Recidiv zu fühlen; rechte Leistenwunde gut granulierend, seicht und von gutem Aussehen; arg. nitr. Salbe darauf.

Am Introitus, an der rechten grossen Labie die Wunde vollkommen vernarbt, der Befund per vaginam derselbe wie bei der Aufnahme.

IX. Emma H. 22 Jahr. Aus Breslau. 5. Mai — 23. Juni 1885.

Übersicht: Carcinoma der linken Vulva. Infiltration der beiderseitigen Inguinaldrüsen. Exstirpation. Secundäre Heilung. Campherweincompressen.

Menstruation regelmässig alle 4 Wochen, mittelstark, 3 Tage lang, cessiert seit 6 Monaten.

Frühere Krankheiten. Oft leidend gewesen.

Jetzige Krankheit. Seit 6 Monaten bemerkte Patientin eine Geschwulst in der Schosse, die viel Schmerzen verursacht. Sie gebrauchte verschiedene Salben. Schmerzen links im Unterleib,

oft auch Kreuzschmerzen. Wasserlassen schmerzhaft. Stuhl regelmässig. Grosse Schwäche. Arbeitsunfähigkeit.

Jetzige Beschwerden. Schmerzen und Geschwollensein im Schoss. Grosse Schwäche aus Blutarmut.

Äussere Untersuchung. Mittelgrosses, graciles schlecht genährtes Mädchen. Sehr grosse Anäme. Die linke Vulva stark hypertrophiert, bräunlich gefärbt, hart ohne Infiltration. Auf der Innenfläche dieser Geschwulst ein halbmondförmiges hökriges granulierendes Geschwür. Die Ränder sind dick und scharf abgegrenzt. Die Vagina ist noch nicht von der Geschwulst ergriffen, dagegen hat die Neubildung bereits die Clitoris erreicht. Die Inguinaldrüsen stark vergrössert, links bedeutend mehr wie rechts.

Innere und combinierte Untersuchung nicht vorgenommen wegen Virginitas.

Diagnose: *Carcinoma vulvae sinistrae.*

Microscopischer Befund. Verhorntes Carcinom.

Therapie. Exstirpation der Geschwulst, wobei weit im Gesunden geschnitten, und die Clitoris mit entfernt wird. Vereinigung der Wundränder durch zahlreiche Nähte, Entfernung der beiderseitigen Inguinaldrüsen. Rechts wird die Wunde ganz geschlossen, links dagegen die Wunde, da mehrere Gefässe unterbunden worden waren und die Höhle etwas tief hinein sich erstreckt, mit Jodoformgaze tamponiert. Verband um den Leib.

Weiterer Verlauf:

9. Mai. Kein Brechen. Katheterisation.
10. Mai. Wohlbefinden. Wunde der Vulva mit frischer Jodoformgaze belegt. Opium.
16. Mai. Verbandwechsel. Nähte entfernt. Keine primäre Heilung. Campherweincompressen sechsmal täglich gewechselt.
18. Mai. Gute Granulationen.
23. Mai. Geheilt entlassen.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung. Keine Schmerzen. Die Vulvawunde gut geheilt; man sieht eine feine Narbe, die von oben nach unten verläuft. Ebenso rechts die Inguinalwunde geheilt. Links geheilt bis auf einen 3—4 cm langen Streifen. Sitzbäder.

Die nun zu betrachtenden Neubildungen sind alle mit geringer Ausnahme ziemlich seltene pathologische Erscheinungen an der Vulva.

So das *Sarcom*, mit dem wir diese Reihe der Geschwülste
ginnen wollen. Als typisches *Sarcom* scheint es nicht beobachtet
rden zu sein, sondern es wird meist als *Fibrosarcom* beschrie-
n. Dasselbe entwickelt sich in dem Bindegewebe aller oder
nzelner Abschnitte der Vulva und kann bedeutende Grösse er-
chen, namentlich wenn es in den grossen Labien sitzt; dann
ht es durch seine Schwere dieselben herab, so dass dann bis
die Knie herabhängende Tumoren entstehen können.

Eine seltenere Ursprungsstelle scheint die Schleimhaut der
ic. urethra ext. zu sein. Um eine solche handelte es sich bei
serer Patientin, deren Krankengeschichte ich jetzt folgen lassen
ll. Nebenbei war es hier ein Recidiv, das ja bei den sarco-
ntösen Tumoren ebenfalls häufig ist.

X. Johanne K., geb. St. 61 Jahr. Aus Schottwitz, Kr.
eslau. 12. Sept. bis 26. Sept. 1884. Verheiratet seit 41 Jahren.
Entbindungen, spontan, zuletzt vor 16 Jahren. Wochenbetten
t. Aborte: drei, im zweiten und vierten Monat, zuletzt vor
Jahren.

Frühere Krankheiten: Vor 30 Jahren Typhus überstanden.

Bisherige Therapie: Am 5. März 1884 in hiesiger Klinik
prechstunden-Journal) operiert. Abtragung eines kleinen Ge-
chses an der unteren Harnröhrenwand.

Menstruation: Zum ersten Mal mit 16 Jahren, darauf regel-
ssig alle 4 Wochen, mittelstark, von 2—4tägiger Dauer, ohne
nmerzen, Menopause seit 11 Jahren.

Übersicht: Ovalärer Schnitt um den Tumor und Exstirpa-
n desselben, Vereinigung der Wunde, Vereinigung der Urethral-
t der Vaginalschleimhaut. Heilung in der Tiefe.

Jetzige Krankheit: Seit 1½ Jahren litt Patientin an sehr
rkem citrigen Ausfluss, der periodisch von 1—2 Wochen lang
naltenden Blutungen aus der Scheide begleitet war. Schmerzen
ren nicht vorhanden; infolge dieser Beschwerden suchte Pa-
ntin die Hülfe der Klinik nach und wurde hier das Gewächs
getragen; Patientin war daher bis vor 6 Wochen frei von Be-
werden, seit dieser Zeit jedoch klagte sie über heftige Schmer-
n beim Urinieren, über Blutungen und jauchenden Ausfluss,
ch kann sie mit dem Finger wiederum das Wachstum der
schwulst constatieren.

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalien:

Jauchiger, mit Fetzen und zersetzten Blutgerinnseln untermisch
Ausfluss; periodisch Blutungen aus der Scheide. Von Seit
des übrigen Körpers: Heftige Schmerzen beim Wasserlass

Objektiver Befund. Äussere Untersuchung: Mittelgros
hagere, sonst aber gut aussehende Person; Brustorgane gesu
Mammae schlaff hängend, atrophisch. Leib flach, eindrückb
nichts in Abdomine zu fühlen. Oberflächliche Inguinaldrüsen
duriert, aber nicht schmerzhaft und verschieblich. Beim A
einanderklappen der grossen Labien trifft man an der recht
Seite der nach dem Scheideneingang hin verlagerten äusse
Urethralmündung auf einen haselnussgrossen, von der Urethr
schleimhaut ausgehenden, kugligen, ziemlich breit aufsitzend
aber verschieblichen Tumor, mit exulcercierter Oberfläche,
grünlich und gelblich verfärbt ist.

Innere und combinierte Untersuchung: Erweist neb
einer senilen Involution die Genitalien als vollkommen norm
und frei von ähnlichen Tumoren.

Diagnose: *Sarcoma orificii urethrae externi recidivu*

Therapie: Patientin wird durch Sitzbäder, Scheidenirrig
tionen und Abführkur vorbereitet und am 17. September 18
operiert. Steissrückenlage, Beinhalter, Narkose. Freilegung
Scheide mit Fritsch'schem Speculum und Simon'schen Seitenhebe
Einführung eines männlichen Katheters. Umschneidung des Tum
im Gesunden in Form einer Ellipse und Abtragung derselben. B
tung mässig. Vereinigung der Wundfläche oben und unten du
transversale Nähte in sagittaler Richtung. Die in der Mitte gebl
bene Wunde wird umsäumt im Kreise herum, sodass Scheidenschlei
haut an Urethralschleimhaut zu liegen kommt. Drainage der Bla
mit Gummiröhrchen; Tamponade der Scheide mit Jodoformga

Weiterer Verlauf:

17. Sept. Keine Schmerzen, kein Erbrechen. Der Urin lä
durch das Röhrchen gut ab.

18. Sept. Leib auf Druck schmerzhaft. Urin läuft ab. Tin
opii 10 Tropfen.

20. Sept. Das in die Urethra eingelegte Röhrchen ist hera
gefallen. Patientin lässt den Urin spontan und ohne Schmerz
Patientin klagt nachmittags über Schmerzen im Rücken u
in der Brust, ohne dass etwas Pathologisches nachweisb
wäre. Morphium 0,01.

Sept. Keine Schmerzen.

Sept. Wohlbefinden. Entfernung des Scheidentampons. Abpülung der Wunde. Jodoform.

Sept. Entfernung der Nähte. Heilung in der Tiefe. Mässige Eiterung.

Beschwerden u. Befund bei der Entlassung 26. Sept. Wunde ist nur in der Tiefe geheilt. Die Oberfläche etwas offend und secerniert wenig Eiter. Der Kranken wird eine g. nitr. Salbe eingegeben und sie wird entlassen.

Wohl die seltensten Vulvartumoren bilden die *Neurome* und *chondrome.*

Als *Enchondrome* werden in der Litteratur Fälle angeführt, es sich um „hornartige Geschwülste der Clitoris" handelt. ist in Hildebrandt's schon erwähntem „Buch der Krankten der äusseren weiblichen Genitalien" ein von Schneevogt geteilter Fall citiert. Derselbe beschrieb als *Enchondroma Clidis* eine faustgrosse Geschwulst, die mit der Clitoris durch en längeren Stiel verbunden war, eine höckrige Oberfläche te und in seinen Schnittflächen knorplige Textur zeigte.

Ein *Neuroma Vulvae* hat Simpson beobachtet, der unter sem Namen kleine Knötchen beschrieb, welche in dem orific. thrae extern. sassen und sich durch grosse Schmerzhaftigkeit zeichneten.

Als Formen epidermoidaler Neubildungen müssen hier angert werden das *Atherom* und das echte *Dermonid.*

Was das *Atherom* anlangt, so ist dasselbe eine Balggewulst mit meist breiigem Inhalt und einer höckerigen Innenche, deren Balg zum Unterschiede der später noch zu schilnden *Vulva-Vaginalcysten* eine weissliche Farbe hat (Epithelag nach Klebs). Veranlassung zu derartigen Bildungen geben r Verstopfungen der in den grossen und kleinen Labien zahlch sich vorfindenden Talgdrüsen. Manche Autoren, so Bärenrung, unterscheiden noch im Besonderen specifisch verschiene Arten von *Atherome,* je nach dem Inhalt, Epithel und ihrer staltung.

Das echte *Dermoid* oder auch *Dermoidcyste* genannt, ist schon ge hier bekannt und wurde namentlich von den französischen naecologen Hugier, Bois de Loury genauer studiert. Berieben hat es später Rokitansky. Die Dermoidgeschwülste

haben Wandungen, die aus einer Einstülpung embryonaler Zelle der Cutis entstanden, aus cutanem Gewebe, Talgdrüsen, Haar bälgen bestehen und an der Innenfläche mit Pflasterepithel aus gekleidet sind. Ihren Inhalt bilden die Elemente der Haut Papillen und Talgdrüsen, bisweilen sind auch Haare, Zähne, j auch Knochen in ihnen gefunden worden.

Den *Dermoidcysten* schliessen wir nun die eigentlichen *Vulva vaginalcysten* an. Darunter verstehen wir nach Auffassung ältere Autoren Geschwülste an der Vulva, die in einem allseitsgeschlos senen Hohlraum einen mehr oder weniger flüssigen Inhalt bergen der mit der Wand nicht zusammenhängt.

Wir haben hier aber zu unterscheiden einmal Cysten, deren Entstehungsursache in einer Erkrankung der Bartholinischen Drü sen zu suchen ist und zweitens Cysten, die aus anderen Gebil den der Vulva sich gebildet haben.

Cysten an den Bartholinischen Drüsen kommen teilweise da durch zustande, dass der Ausführungsgang der Bartholinische Drüse sich erweitert: Dilatationscysten, die meist glattwandig Höhlen mit fadenziehendem Inhalt bilden, teilweise dadurch, das die Secretionsgänge sich verstopfen. Dann sammelt sich in den hinter der Verstopfung gelegenen Drüsengängen Secret an, s dass sich ein oder mehrere Hohlräume bilden, welche sich unte Umständen sogar nach der Scheide zu öffnen können (v. Recklinghausen[1]).

Nun kommen auch Cysten vor, die mit den oben erwähnten Bartholinischen Schleimdrüsen gar nichts gemein haben. Dies Kategorie von Tumoren kann sehr verschiedenen Ursprung haben So können durch Dilatation abgeschnürter Stücke des Canalis Nucki Cysten sich entwickeln, sogenannte *Peritonealcysten* (Ziegler) Dann bilden sich leicht aus den zahlreichen Talg- nnd Schleim drüsen Retentionscysten und aus Lymphgefässectasien Lymph cysten. Auch als Folge von Blutergüssen kommen durch Ab kapselung derselben und Resorbtion des Blutes nach dem Vor gange der Bildung von apoplectischen Cysten mit Serum gefüllt Cysten vor.

Infolge der Entstehung dieser Gebilde aus so verschiedene

---

[1]) v. Recklinghausen, Cysten der Bartholinischen Drüsen. Virchow Archiv. 84. Band.

lementen der Vulva ist es sehr natürlich, dass diese Hohlräume rosse Abwechselung in Bezug auf Grösse und Form sowohl, als ıch auf Inhalt und Structur ihrer Wandungen darbieten werden.

Die kleinsten Tumoren bilden in der Regel die aus den Talg- ıd Schleimdrüsen entstandenen Cysten. Meist erbsen- bis kirsch- ərngross liegen sie dicht unter der Schleimhaut an der Innen- iche der Nymphen, haben dünne structurlose Wandungen und ılben, zahlreiche Fettmolecüle führenden Inhalt.

Grösser sind die von Busch und Klob beschriebenen aus ymphgefässectasien hervorgegangenen Bildungen. Die grössten ormen bilden jedoch in der Regel die zu Cysten entarteten artholinischen Drüsen.

Sie sitzen genau an der Stelle der Drüsen, können sehr gross erden, — in einem der unseren beiden weiter unten mitzu- ilenden Fälle haben wir es mit einem beinahe gänseeigrossen ımor zu thun — ihre Wandung ist ziemlich fest, nach innen it Plattenepithel bekleidet, nach aussen mit dem benachbarten ellengewebe verwachsen, so dass eine Ausschälung derselben t sehr schwierig sein dürfte.

Der Inhalt ist auch verschieden. Entweder wird er bei ge- eigerter Transsudation aus dem Blute dünnflüssiger, serös, oder enn die Drüsensecretion sehr praevaliert, sehr fadenziehend und he sein. Ist die Wandung der Cyste mit zahlreichen Gefässen rchsetzt, so können haemorrhagische Ergüsse sich hinzugesellen d der Inhalt wird dann braunrot, später schwärzlich, choco- denähnlich. Tritt ein entzündlicher Prozess hinzu, so finden r in der Flüssigkeit Eiterkörper und dann haben wir es mit tercysten zu thun (Ign. Opieliński[1]).

Von diesen *Vulva-Vaginalcysten* kann ich über 2 Fälle aus serer Klinik berichten.

XI. Helene M. geb. B., 55 Jahr, aus Breslau. 26. November 17. December 1883.

Diagnose: *Cysta vulvo-vaginalis.*

Übersicht: Gänseeigrosse Vulvo-vaginalcyste mit vorwie- ıder Entwicklung im rechten Labium majus. Exstirpation des stensacks. Fieberloser Verlauf. Heilung.

---

[1]) Ign. Opieliński, Inaug.-Dissertat. Über die Cystengeschwülste der lva. Breslau 1876.

Verheiratet 17 Jahre lang. Zwei Entbindungen, beide sponta Wochenbetten normal. Letzte vor 30 Jahren.

Menstruation. Zuerst mit 15 Jahren. Von da an regelmäss alle 4 Wochen, sehr stark, schmerzlos, von 3—4tägiger Dau Cessiert seit 3 Jahren.

Jetzige Krankheit. Nach der letzten Geburt vor 30 Jahr bemerkte Patientin eine taubeneigrosse Geschwulst der rechte Schamlippe, die ganz allmählich im Verlauf dieser Zeit an Gröss zunahm. Seit einem Jahre will Patientin etwas rascheres Wachstu bemerkt haben. Bei stärkerer Körperanstrengung schwoll d Geschwulst jedesmal etwas an. Schmerzen wurden nie empfunde Das Allgemeinbefinden stets ein durchaus gutes, nur stellte sic in der letzten Zeit Ausfluss ein.

Jetzige Beschwerden von Seiten der Genitalie Mässiger Ausfluss. Von Seiten der übrigen Körperteil Behinderung beim Gehen.

Objektiver Befund. Äussere Untersuchung. Grosse, robu gebaute, gesund aussehende, gut genährte Frau. Brustorga gesund. Mammae gut entwickelt; hängend. Abdominalorga gesund. Vor der Vulva liegt ein circa gänseeigrosser, birnfö miger von normaler Haut überzogener glatter Tumor, über desse Vorderfläche eine hahnenkammartige Hautfalte (rechte klei Schamlippe) bis in die Mitte seiner Höhe verläuft. Oben rech geht die Haut des Mons Veneris unverändert auf den Tum über. An seiner dem linken Schenkel zugewandten Seite i er mit vor die Vulva gezogener Scheidenschleimhaut bekleide Rechte grosse Schamlippe ist in die die Geschwulst überziehen Haut aufgegangen, linke läuft über die dem linken Schenk zugewandte Seite weg und verliert sich im Frenulum. Die lin kleine Schamlippe liegt als zackiger in die Länge gezogen Hautlappen der linken Seite des Tumor auf. Beide klein Schamlippen treffen sich an normaler Stelle an der etwas ve grösserten Clitoris. Die Palpation des Tumor ergiebt, dass de selbe aus Abteilungen besteht, die eine vor, die andere in d Vagina gelegen, beide durch eine seichte Einschnürung getren Die Consistenz ist eine prall elastische Fluctuation. Keine Druc empfindlichkeit. Reposition unmöglich. Absolut gedämpfter Pe cussionsschall.

Innere und combinierte Untersuchung. Scheidenei

gang ziemlich weit, Scheide rechts in ihren Linien beengt durch einen halb kugeligen, prall elastischen, hühnereigrossen an der rechten Vaginalwand sitzenden Tumor. Portio klein, oben querspaltförmig, man fühlt und sieht im speculum aus demselben einen erbsengrossen Schleimpolypen hervorragen. Corpus uteri nicht vergrössert; normale Lage.

Diagnose: *Cysta vulvo-vaginalis.*

Mikroskopischer Befund. Von der inneren Cystenwand abgekratztes Epithel zeigt sich zusammengesetzt aus sehr schlanken keilförmigen Zellen, deren dem Lumen der Cyste zugewandtes Ende von einem stark lichtbrechenden Saume begrenzt wird, welchem schön ausgebildete Cilien aufsitzen.

Therapie. Den 30. November 1883 Operation. Narkose. Beinhalter. Hautschnitt an der Vorderfläche der Geschwulst; die dünne Haut alsdann nach beiden Seiten zurückpräpariert, um den Cystensack womöglich uneröffnet herauszuschälen. Nachdem jedoch die dünne Wandung der Cyste an einer Stelle verletzt worden ist, wird dieselbe breit incidiert und eine kleine Tasse sehr dickflüssigen chokoladbraunen, ins olivgrüne spielenden Inhalts entleert, der Cystensack ausgespült und vollends excidiert. Ein Teil der denselben bedeckenden Haut reseciert, wobei die rechte kleine Schamlippe mit entfernt wird und nach reichlicher Irrigation der Wundfläche und Unterbindung von 8—10 spritzenden Arterien der linksseitige Hautlappen mit zahlreichen Knopfnähten an dem rechtsseitigen angenäht. Bepulverung mit Jodoform und Jodoformgazeläppchen vor die Vulva. Es wird zur Irrigation zum ersten Mal Sublimat angewandt.

Weiterer Verlauf.

30. November 1883. (Siehe Operation.) Abends gutes Befinden, geringe Schmerzen im Schoss.

1. Dezember. Klagen der übrigens unintelligenten Patientin über Brennen im Schoss und Schneiden im Unterleibe. Vor die Operationsstelle wird täglich ein neuer trockener Jodoformgazetampon gelegt. Die Wundlinie und der Introitus mit Jodoform bestäubt.

2. Dezember. Bis auf geringe Schmerzen im Unterleib andauernd gutes Befinden.

10. Dezember. Entfernung der Nähte, die zum geringen Teil schon die mässig geschwollenen Wundränder durchschnitten

haben. Die letzteren liegen nach vorn hin gegen den Mons Veneris genau aneinander; weiter hinten in der Vagina geringes Klaffen derselben. Nirgends Eiterung. Ausspülung der Vagina mit Sublimat. Bepulverung der Wundlinie mit Jodoform.

17. Dezember. Entlassen.

Beschwerden und Befund bei der Entlassung. In der rechten Seite der Vagina und von ihr auf die mediane Fläche der rechten grossen Schamlippe verlaufend und in einem spitz ausgezogenen Hautlappen desselben endigend, befindet sich eine circa 8 cm lange vor der Vulva liniäre, in die Vagina halbfingerbreit klaffende, von unregelmässigen, etwas infiltrierten Rändern eingefasste Wundlinie, die geringes eitriges Secret liefert. Patientin ist im Stande, ohne Schmerzen und sonstige Beschwerden zu gehen und sich zu bewegen.

XII. Emilie F. geb. H. 56 Jahr.

Siebenmal geboren. Letzte Geburt vor 12 Jahren. Wochenbett fieberfrei. Dreimal abortiert im 2. bis 3. Monat. Keine Blutungen dabei. Letzter Abort angeblich vor 15 Jahren. Periode regelmässig alle 4 Wochen, stark, von achttägiger Dauer, ohne Schmerzen. Menopause seit 5 Jahren.

Stets gesund gewesen. Seit 17 Jahren bemerkt Patientin an dem linken Hinterbacken (am Vulvarrand) in der Gegend der hinteren Vulvarcommissur eine kleine Geschwulst von Taubeneigrösse, die sich ohne Schmerzen bis auf Faustgrösse ausdehnte. Eine Entzündung an der Stelle ist von der Patientin nie bemerkt worden. Stuhl und Urinsecretion normal.

Status praesens. Mittelgrosse Person, von mittlerem Ernährungszustande und etwas blasser Hautfarbe. Herz und Lunge gesund. Dicht neben der Mittellinie links von derselben zwischen hinterer Vulvarcommissur und Ani eine Gänseeigrosse schmerzlose beweglich auf ihrer Unterlage sitzende Geschwulst von weicher lipomatöser Consistenz, besonders in ihren unteren Abschnitten. Haut darüber nicht gerötet, nicht verschieblich. Von der Vagina und dem Rectum aus nichts von der Geschwulst zu palpieren.

Explorat. per vaginam weist normale Verhältnisse nach.

Therapie. Täglich dreimal Sitzbäder, Bettruhe, Carbolumschläge auf das Peritoneum, Abführkur.

Operation. Choroformnarcose. Rückensteisslage. Bein-

alter. Sagittalschnitt durch die Haut bis auf die Tumorwand ber der höchsten Erhebung der Geschwulst. Darauf Trennung er Haut von der Geschwulstwand teils mit dem Messer, teils nit der Scheere, wobei jedoch der Tumor angeschnitten wird nd eine grosse Menge breiiger mit weissen Plättchen unter- nischten Inhaltes entleert wird, worauf die Cystenwand sich nit Leichtigkeit entfernen lässt. Geringe Blutung. Vereinigung er Wundränder durch 20 teils tiefe, teils oberflächliche Suturen, vodurch ein geringes Ectropium der linken grossen Labie bedingt vird. Die Wundhöhle mit Jodoform bepulvert. Jodoformgaze. Heftpflasterverband.

. Dezember. Kein Fieber. Verbandwechsel. Wundränder nicht geschwollen. Ihre Umgebung gerötet, nicht schmerzhaft. Gaze etwas durchblutet. In der Mitte der Wunde ein Blutgerinnsel. Jodoformgaze. Heftpflaster. 30 Tropfen Tinct. thebaica.

. Dezember. Verbandwechsel. Die Gaze immer noch etwas durchblutet. Keine Schmerzen, Schwellung und Rötung. Kein Fieber. Aus der Scheide hat sich ein geringer schleimiger Abfluss wegen Ectasie der linken grossen Labie eingestellt.

. Dezember. Sämmtliche Nähte entfernt. Die Wunde per primam intentionem geheilt. Keine Schmerzen und Rötung. Kein Verband.

. Dezember. Entlassung. Wunde primär geheilt. Hintere Hälfte der linken grossen Labie ectropioniert. Schleimiger geringer Ausfluss aus der Vagina. Befund per vaginam ohne Interesse. Patientin fieberfrei, hat beim Laufen weder Schmerzen noch Spannung im Perineum, beim Sitzen ebenfalls nicht.

Endlich wäre noch der von den Gefässen ausgehenden geschwulstartigen Bildungen der Vulva zu gedenken.

Es können zunächst ausgedehnte *varicöse* Veränderungen der Venen an den äusseren Genitalien leicht Veranlassung zu grossen Geschwulstbildungen geben, namentlich zur Zeit der Schwangerschaft. Es sind Fälle in der Litteratur erwähnt, wo bei Schwangeren aus solchen Varicen sich kindskopfgrosse Tumoren entwickelten, die infolge der grossen Gefahr der Blutung durch Aufbrechen und Ulceriren des Tumors eine sehr gefährliche Geburtscomplication werden können. Ihre anatomische Beschaffenheit ergiebt sich leicht aus der Natur ihrer Entstehnng.

Ausser Varicen können auch angeborene Teleangiectasie dadurch, dass sie sich zur Zeit der Pubertät vergrössern, beträcht liche Geschwülste veranlassen (Fritsch).

Wohl zu unterscheiden sind aber von diesen Bildungen di eigentlichen Blutgeschwülste, Haematome oder Thromben genannt Sie sind, abgesehen von der Geburt, nach Schroeder ausschliess lich traumatischen Ursprungs. Hat nämlich infolge irgend eine Traumas eine Ruptur von Gefässen stattgefunden, und sich das Blu aus den Gefässwandungen in das unverletzt gebliebene Unterhaut bindegewebe ergossen, so drängt dann dieser Erguss die un versehrte Decke tumorenartig empor, so dass sich dem Be obachter eine prall sich anfühlende Geschwulst präsentiert Für die Bildung solcher Haematome bieten namentlich die um fangreichen Venenplexus der Clitoris und der Corpora cavernos mit ihren zahlreichen dünnwandigen Gefässen einen günstige Boden. Denn es bedarf hier nur eines unbedeutenden Eingriffes um eine Zerreissung von Gefässen und eine spätere Blutun hervorzurufen. Auch hier sind es namentlich Wöchnerinnen un Kreissende, die zu derartigen Bildungen disponieren. Ausserhal der Schwangerschaft sind derartige Bildungen seltener und auc nie von solcher beträchtlicher Grösse beobachtet worden.

Lebenslauf.

Verfasser, katholisch, geb. den 11. Dezember 1860 zu Klein-Waltersdorf, Kr. Bolkenhain, Sohn des Königl. Oberamtmanns und Domänenpächters Paul Mertz, besuchte das Gymnasium zu Schweidnitz und das königl. kath. Matthiasgymnasium zu Breslau. Ostern 1881 verliess er das letztere mit dem Zeugnis der Reife und widmete sich an der Universität zu Breslau dem Studium der Medicin. Am 22. Juni 1883 bestand er das tentamen physicum. Während des Sommersemesters 1884 studierte er in Freiburg i. B. und vom Oktober 1884 ab wieder in Breslau. Am 11. Mai 1885 legte er das Examen rigorosum ab. Während seiner Studien besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Bäumler, Berger, Biermer, F. Cohn, Engersser, Fischer, Förster, Fritsch, Haeser, Hasse, Hegar, Heidenhain, Hirt, Joseph, Kolaczek, Kraske, Kroner, Löwig, Maier, Meyer, Neisser, Partsch, Poleck, Ponfick, Richter, Sommerbrodt, Strasser, Soltmann, Thomas, Unverricht, Wiedow.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser hiermit öffentlich seinen aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Die spitzen Condylome der Frauen sind stets auf gonorrhoeisch Infection zurückzuführen.

II.

Die Sprengung der Blase ist die sicherste Methode zur Einleitun der künstlichen Frühgeburt.

III.

Die Magenausspülung ist bei Ileuserscheinungen stets zu versuche